

介護保険要介護認定・要支援認定変更申請書 兼 要支援認定者用介護認定申請書

変更

多摩市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名		本人との関係			
提出代行者名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)				
申請者住所	申請者が被保険者本人の場合は記載不要 〒		電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	フリガナ						生年月日	年	月	日		
	氏名						性別	男・女				
	住所	〒					電話番号 ()					
	連絡先住所 連絡者氏名	〒					電話番号 ()					
	現在の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 / 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで										
	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入所施設名									
		無	所在地	1 自宅 2 入院 病院名 () 電話番号 ()								
変更申請の理由												

主治医 該当に ○ (有・ 無)	医療機関名										
	診療科目名					主治医の氏名					
	所在地	〒					電話番号 ()				

医療保険者 名称	番号 ()	医療保険被保険 者証記号番号	記号	番号
-------------	--------	-------------------	----	----

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護（予防）サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の1に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の2に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。

- 1 調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見
- 2 地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員

本人氏名 _____

認定調査確認票

*該当するものにチェックしてください

多摩市介護保険課

新規 更新 区分変更(現在要支援) 区分変更(現在要介護)

認定調査対象者 (被保険者氏名)			記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西・東・多・中・北・愛・他) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()																						
区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他(理由:)																									
利用したいサービス(利用中のサービスも含む)	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 〔看護〕小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他()																									
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)																									
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅(自宅の場合はチェックのみ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ ・名称() 階 病棟) <input type="checkbox"/> その他() ・住所() ・電話(- -) ・入院または入所日 (年 月 日) ・退院または退所予定日(年 月 日 ・未定)																									
調査同席有無 ※こちらに記載されている連絡先に、日程調整の連絡をします	<input type="checkbox"/> なし 日程調整先: (本人・病院・施設) 連絡先: ① - - ② - -		<input type="checkbox"/> あり 氏名: (本人との関係) 連絡先: ① - - ② - -																							
調査希望日 ※原則、土・日・祝日は調査不可	本人・同席者の都合の悪い曜日にXをつけて下さい <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						月	火	水	木	金	備考	午前							午後						
	月	火	水	木	金	備考																				
午前																										
午後																										
身体状況	・介護に至った病名または症状 () ・本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																									
調査時留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 認定結果が決定する前にサービス利用予定(新規・区分変更の方のみチェック)																									
申請に至った経緯 ※現在の心身の状態、病状(入院中の場合は入院理由を含む)及び申請した目的等をご記入ください																										
その他、注意する点や事前に伝えたい点等があればご記入ください			ケアマネ・包括 担当者	市記入欄 受付者	<input type="checkbox"/> 郵送																					